

# 令和4年度 大阪市地域密着型サービス 認知症介護研修（第1回）

地域密着型サービス事業所の開設者、管理者及び計画作成担当者自身が介護現場が地域の中にあることを考え、地域というフィールドのなかで認知症の人を支えるための組織の在り方・運営について学びます。

この研修は3つのコースがあります。受講対象者は次のとおりです。

## ★開設者コース★（認知症対応型サービス事業開設者研修）

- ・指定小規模多機能型居宅介護事業者の代表者。
- ・指定認知症対応型共同生活介護事業者の代表者。
- ・指定看護小規模多機能型居宅介護事業者の代表者。

## ★管理者コース★（認知症対応型サービス事業管理者研修）

「認知症介護実践者研修（旧 基礎課程）」を修了し、かつ下記に該当する者。

- ・認知症対応型共同生活介護事業管理者またはその予定者。
- ・認知症対応型通所介護事業管理者またはその予定者。
- ・小規模多機能型居宅介護または看護小規模多機能型居宅介護事業管理者またはその予定者。

## ★計画作成担当者コース★（小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修）

「認知症介護実践者研修（旧 基礎課程）」を修了し、かつ下記に該当する者。

- ・小規模多機能型居宅介護事業所または看護小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者またはその予定者。 ※小規模多機能事業所で勤務されている方もしくは勤務する予定のある方のみ受講できます



### ◆開催日程

開設者コース(4日間)
・9月14日(水) 14:00~15:00 (接続確認)
・9月21日(水) 13:00~17:30
・1日(約8時間)の施設実習あり
・10月26日(水) 9:30~14:30
管理者コース(3日間)
・10月14日(金) 14:00~15:00 (接続確認)
・10月20日(木) 9:30~17:30
・10月27日(木) 13:00~17:30
計画作成担当者コース(3日間)
・10月14日(金) 14:00~15:00 (接続確認)
・10月21日(金) 12:30~17:30
・10月28日(金) 10:00~17:30

### ◆定員

- ・開設者コース 36人
- ・管理者コース 50人
- ・計画作成担当者コース 36人

※事業所ごとの申込人数の制限はありませんが  
応募多数の場合は抽選により受講決定します

### ◆受講料

1コースにつき、6,540円（資料郵送代含む）  
※開設者コースを受講される方は現場実習費として  
別途3,000円が必要です

### ◆問い合わせ先

研修内容に関するお問合せ

大阪市社会福祉研修・情報センター（企画研修担当）

〒557-0024 大阪市西成区出城 2-5-20

TEL 4392-8201 FAX 4392-8272

ホームページ <https://www.wel-osaka.com>

ウェルおおさか



# 令和4年度大阪市地域密着型サービス認知症介護研修(第1回)

## 受講申込書

本申込書と認知症介護実践者研修(旧 基礎課程)の修了証書(写し)を添付し、大阪市社会福祉研修・情報センター企画研修担当あて郵送してください

※開設者コースのみ受講の場合は、実践者研修の修了証書(写し)は不要です

※開設者コースを受講希望の場合は  
申込締切が早くなっておりますので  
ご注意ください。

【開設者コース】9月5日(月)午後5時必着

【管理者・計画作成担当者コース】9月28日(水)午後5時必着

事業所名: \_\_\_\_\_

所属長名: \_\_\_\_\_

(ふりがな) 受講希望者 氏名		生年月日 (西暦)	年 月 日 ( 歳)
ZOOM 接続 不具合時に つながる電話番号		メール アドレス	
受講希望のコース	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 開設者 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者		<input type="checkbox"/> 「地域密着型サービス認知症介護研修(オンライン)を受講するにあたっての留意事項」を確認し、内容に同意します
実習希望日 (開設者コースのみ)	※9/22~10/25の平日の中から実習希望日を第3希望までご記入ください		
所属法人			<b>ZOOM接続時の本人 確認のため、申込者の顔 がはっきり分かる写真 をこの枠内に添付してください</b>
所属事業所	事業所設置場所 大阪市( )区		
事業所種別	① 認知症対応型共同生活介護 ② 小規模多機能型居宅介護 ③ 認知症対応型通所介護 ④その他( )		
現在の職種 ※今後就任の予定者は 現在の職種を記入	※介護職、看護職、ケアマネジャーなど		
現職就任年月 (または予定)	年 月に就任・就任予定		
認知症介護従事 経験年数	年 ヶ月経験 (令和4年9月1日現在の積算)		
ZOOMについて	<input type="checkbox"/> 使ったことがある(仕事・プライベート問わず) <input type="checkbox"/> 使ったことがない		
所属事業所 住所	〒 住所		
事業所 電話番号		事業所 FAX 番号	
備考	※連絡事項などがあればご記入ください		※キャリアデザインノート(1冊600円)の受講料割引クーポンをご利用の方は、クーポン番号をご記入ください No

提供していただきました個人情報は、名簿の作成、資料の送付等研修事業の運営のためにのみ使用し、他の目的で使用したり、第三者へ提供することはありません。